

# 特別養護老人ホームにおける食事介助中に発生した介護事故 ——特別養護老人ホーム緑陽苑事件を素材として——

## A Case of Aspiration During Food Served in the Nursing Home

小 泉 広 子

Hiroko KOIZUMI

### 要 旨

特別養護老人ホームで発生した食事介助中の誤嚥による窒息死亡事件を素材に、介護職員に求められる食事介助における法的注意義務の範囲、内容を検討した。食事介助に関する介護職員の法的注意義務について、現段階における介護職の養成課程における技術水準に照らし合わせて検討した結果、誤嚥防止のための注意義務が重要な論点として浮かび上がった。またこの誤嚥防止義務は、施設内における人員配置と密接な関わりがあり、不適切、不十分な人員配置がなされる場合には、施設側の過失が問われる可能性がある。

### キーワード

介護事故、特別養護老人ホーム、誤嚥、食事介助、過失責任

### はじめに

本稿で考察の対象とする判例（横浜地裁川崎支部判平12. 2.23 賃金と社会保障1284号43頁）<sup>1)</sup> は、特別養護老人ホームにおける食事介助中の窒息死亡事故が争われた事例であり、身体に対する直接的な社会福祉サービスの適切さが争点となったという点で、非常に重要な意味を持つものである。これまで社会福祉領域における裁判の数の少なさは、多くの論者が指摘するところであった。近年ようやく生活保護分野で裁判が多く見られるようになってきたが、特に老人福祉分野では、裁判件数自体も判例が公刊される件数も少ないのが現状である。しかしながら、介護保険法や支援費支給制度の導入により、施設・事業者の契約上の責任が顕在化したことから、福祉・介護分野では、介護事故等に関するリスクマネジメントの重要性が説かれるようになったといわれる。利用者側についても、介護保険法の導入により権利意識が高まったといわれており、今後介護事故をめぐる法的

紛争が増大すると予想されている<sup>2)</sup>。本件は介護保険施行前の事例ではあるが、介護事故に関する裁判例として先例的意義を有する。

本稿は、判例を素材に、食事介助における誤嚥事故をめぐる損害賠償を根拠付ける施設および介護職員の注意義務の検討を中心に行う。判決では、誤嚥についての介護職員の注意義務を判断しているが、ここで示された注意義務が介護専門職養成のためにおこなわれている介護教育や介護現場の実情に適合したものであるのか検討する。

本件特別養護老人ホームの利用は、介護保険法施行前の、自治体の委託により行われていたショートステイによるものである。自治体の有する損害賠償責任についての論点は介護保険法下においても重要であるが、本件では、利用者と施設との間の介護委託契約が認められていることから、この点については別稿に譲る。

介護事故の概念については、学説上まだ定着したものはない。菊池馨実による、近年の介護

事故についての調査研究にみられる定義を整理したものによれば<sup>3)</sup>、「事業所（職員）の有責・無責を問わず、また、傷害の軽重にかかわらず、利用者に予想外の何らかの傷害が発生すること」（全国社会福祉協議会『福祉サービス事故事例集』2001年3月）、「介護提供者の注意が不十分であったために、あるいは注意を尽くしたが不可抗力で、利用者の身体や財産などに損害を与えたこと」（国民生活センター『介護事故の実態と未然防止に関する調査研究』2000年3月）、「利用者の物品の破損状況・利用者に『けが』をさせた経験」（民間病院問題研究所『介護事故』日本医療企画、2000年3月）などが見られる。

## I. 事実の概要

A は、平成7年当時、多発性脳梗塞及び重症の痴呆症で全介助を必要とする73歳の男性であった。A の相続人である原告 X1、X2、X3 は、平成7年12月6日から8日までの期間を定めて、被告社会福祉法人が運営する特別養護老人ホーム・地域ケアセンター緑陽苑のショートステイに、A を預けた。なおこのショートステイ事業は、川崎市の委託により行われていた。

ショートステイ利用事前面接において A の食事に関しては、全介助、常食・常菜、総いれば、アレルギーなしとの聞き取りが行われている。

同年同月8日午前7時50分ころから、緑陽苑の職員 K が朝食（ご飯、じゃがいもとわかめの味噌汁、茄子とピーマンの炒め煮、なめたけおろし）介助をはじめた。午前8時10分過ぎころ職員 K は職員 B と食事介助を交代した。B は他の居住者の食事介助と同時平行して A の食事介助を続け、午前8時20分過ぎころ K が A の食事介護に戻った。K が食事を勧めて、A に口を開けてもらおうと、まだ食べ物が残っていたりして、あまり進まなかった。このときまでに、A は、ご飯を半分近く、なめたけおろし、茄子、味噌汁のおつゆを摂取していた。午前8時23分

頃 K は、A に薬を飲ませるため、口を開けてもらったが、舌にご飯粒が少し残っているような状態であった。K は一口分の水分ゼリーの上に薬をのせて口の中にいれた。A は咀嚼するようにごっくんとしたので、K は下膳や他の居住者の食事介助等に入った。

午前8時25分ころ K が、再び A に水分ゼリーをすすめようと思って様子を見ると、A は、顔を上に向け、目を見開き、口を開いて、手をだらっと下げていた。意識レベルがなく、チアノーゼを起こしていた。咳やうめき声はなかった。K が「A さん」と声をかけたが反応がないので、頬を叩いたがやはり反応がなく、さらに2人の職員で呼びかけ、頬を叩くなどしたが反応はなかった。口の中には何も入っていなかった。午前8時27分ころ職員 U がバイタルチェックをしたが脈も血圧もとれなかった。その後出勤してきた看護婦 N が確認したところ、A の血圧と脈を計っても計れず、呼吸も鼓動もしておらず、目を見開き、口を開けてのけぞり、口の中に食べ物はなかった。顔は血の気がひいて、真っ白な状態でありバイタルサインの反応もなかった。また心臓マッサージも効果がなかった。

午前8時36分に看護婦 N が A の自宅に電話を入れ X1 に「A の意識がない状態だがどうするか」と問い合わせると「救急車で T 病院に連れていってください」という回答をえて、午前8時50分ころ救急車が到着し A を搬出した。救急隊員は、死後硬直がはじまっているなどと話していた。救急車内で救急隊員が吸引器を用いて、A の口腔内から異物を吸引した。午前9時5分病院に搬入され医師の診察を受けたところ、A の呼吸は止まっており、心拍数はゼロであり、意識レベルは反応がなかった。心電図は心停止状態を示していた。医師は、気道の確保、気管内挿管、気管内異物の吸引、心マッサージ、点滴ルート確保、カウターショックを行った。気道に食物が詰っており、吸引器で吸引した。午前9時40分、医師は、A の死亡を確認し

た。また、死因を窒息、窒息の原因を誤飲とする死亡診断書を作成し、X1、X2に対し大量の食べ物が詰っていた旨説明した。原告らは、Aの死亡は、職員Kの不十分な食事の管理と監視によってAが誤飲し、その発見が遅れ、かつ緊急時の対応を取ることなく窒息せしめた過失によって生じたとして、被告社会福祉法人に対し、合計2,400万円の損害賠償を請求する訴えを提起した。

## II. 判 旨

請求認容（損害賠償額2,220万円）

### 1. Aの死因について

「Aは、食事の際に、飲み込みが悪く、口にためこんで時間がかかる者であったこと、Aは朝食時、ご飯を半分近く、なめたけおろし、茄子、味噌汁のおつゆを摂取していたこと、本件事故が朝食直後に起きていること、救急隊員の応急処置において、口腔内から異物が発見されていること、……医師の診察時も、気道に食物が詰まっていたこと、同医師が、死因を窒息と判断していること、などが認められるのであり、これらに照らすとAの死因は、食物の誤飲による窒息と認められる」。

### 2. 被告の職員の過失の有無

「Aは、食事の際に、飲み込みが悪く、口にためこんで時間がかかる者であったこと、本件事故が朝食直後に起きていることなどからすれば、Aの異変を発見した際に、真っ先に疑われるのは、誤飲であったと言うべきである。しかしながらKらは、誤飲を予想した措置をとることなく、吸引器を取りにいくこともせず、また、午前8時25分ごろに異変を発見していながら、午前8時40分ごろまで救急車を呼ぶこともなかったものであり、この点に適切な処置を怠った過失が認められる。

（証人看護婦Nは）、緑陽苑では、緊急時には、まず家人に連絡して、その指示を受けるこ

とになっていたと証言するが、それが一刻を争い、生命にかかわるような場合にまで、家人への連絡を優先させるとの意味であるならば、家人への連絡に手間取るなどして、適切な処置をとることが不可能となってしまうことも考えられるのであり、そのような硬直した体制を取っていたこと自体にも問題があると言うべきである。

そして、本件において、仮に、速やかに背中をたたくなどの方法を取ったり、吸引器を使用するのか、あるいは、直ちに、救急車を呼んで救急隊員の応急処置を求めることができれば、気道内の食物を取り除いて、Aを救命できた可能性は大きいというべきであろう」。

## III. 検 討

### 1. Aの死因について

Aの死因については、一審、控訴審段階ともに最大の争点になっている。さらにこの死因の特定が、職員・施設側の過失判断に結びついている。医学的知識のない筆者が、原告、被告双方の主張を評釈することは不可能であるが、死因の特定が困難であった本件の特徴を示すために、原告、被告の主張に触れておくことにする。

なお、本来の判例評釈は、当該判決の範囲内で裁判所が認定した事実のみを検討対象とするが、控訴審段階で行われた両当事者それぞれの医師による証人尋問が、死因の特定の困難さを示唆しており重要であると思われるのでこれについても触れる。

裁判所は、Aの死因を朝食時の食物誤嚥による窒息死と判断した。その理由として、もともとAは食事の飲み込みが悪い者であったこと、朝食時食事を摂取していたこと、事故が朝食直後に起きていること、救急隊員の応急処置において口腔内から異物が発見されていること、医師の診療時も気道に食物が詰まっていたこと、またその医師が死因を窒息と判断していることを挙げている。

被告側の主張は、Aの死因は窒息ではなく、

心臓発作か脳梗塞による死亡であるとしていた。理由は、判決後に施設側が表明した意見によれば、A の急変直後口腔内を確認したところ口の中に何もなかったこと、死亡診断にあたった医師は「気道に大量の食物が詰まっていた」と証言しているが、そのような事実はカルテに記載されていないこと、またこの医師が保険会社の調査の時に、「吸引での食物はすでに小さく噛み砕かれたもので特定はできない」と述べていること、高齢者の場合、食後の梗塞や心不全などの急変が多いこと等を挙げている<sup>4)</sup>。控訴審段階における被告側証人の医師の証言によれば<sup>5)</sup>、本件について、誤嚥による窒息死が最も考えやすいが、明らかにむせるような兆候がなかったことから、咳嗽反射等の防御反射が起きずに誤嚥が生じる不顕性誤嚥の可能性を指摘している。不顕性誤嚥は、本人もまわりも気づかないまま、異物が少しずつ気管に入り肺炎として発現することが多いが、少ない場合に、直ちに窒息を起こして亡くなるケースもあると証言している。さらに、誤嚥の以外の死因の可能性として、遺体を確認した医師が口腔内に異物があつたということについて、死後変化により、食道と胃の間の括約筋や咽頭が弛緩し、食物が逆流した可能性もある、食事という動作は運動負荷をかけることであり、血圧、心拍の増加が起こるので脳血管障害あるいは心臓障害の危険性が高くなることを指摘している。

これに対し、原告側の証人となった医師による証言<sup>6)</sup> は、急変時に A がチアノーゼを起こしていた事実をとらえ、A が呼吸器疾患の既往症がなく心不全も考えにくいこと、脳卒中が発生したとしても発症後数分でチアノーゼが現れるとは考えにくいことから、誤嚥の可能性が極めて高いと述べる。また、不顕性誤嚥による窒息については、少量ずつの誤嚥が積み重なって窒息に至るとするならば、その過程で必ず呼吸困難の症状が見られるはずである。しかも少量ずつの誤嚥による呼吸困難ならば、呼吸困難は徐々に起こるものであり発見はむしろ行いやす

いのではないかと疑問を呈し、今回のケースは、相当量の食物が気管に詰まり、窒息を起こし、その時の症状を職員が見逃していた可能性が最も高いと証言している。また、職員が8時23分にゼリーを飲ませたとき口の中には何も食べ物がなかったことについて、嚥下の機能が落ちている場合声紋と咽頭のあたりに食べ物たまっていて、ゼリーを飲み込んだときにそれも含めて一気に入ったと考えられると述べている。また、口の中をみたとき口を大きく開けてみるわけではないので、舌の上の方の本当にのどき込んだら見えるところに食物があつた可能性も高いと述べている。

## 2. 職員の過失

介護職員が過失責任を問われる場合、一般的に介護職員に課せられた注意義務を当該職員が果たしていたかということが問題になる。私見によれば、食事介助における誤嚥について介護職員に課せられるべき注意義務の範囲は、誤嚥を起こさないようにする予防義務、誤嚥が起きた場合の発見義務、誤嚥後の対処義務の三段階に分けて考えることができると思われる。本件ではこのすべての段階につき裁判所の判断がなされているわけではないが、この枠組みに基づいて検討を加えることにする。

### (1) 誤嚥の予防義務

#### ① 誤嚥予防義務が争われた例

判決では、A の死亡原因を誤嚥による窒息によるものと認定したが、誤嚥が生じたこと自体については介護職員の過失判断は行っていない。原告は、介護職員が A に常食を与え、A の飲み込みが悪いことを十分に認識しつつ、不十分な食事の管理と監視がしなかったために誤嚥が起きたと主張していた。

誤嚥の予防義務が争われた事例として、徘徊、失禁等軽度の痴呆症のため老人保健施設に入所していた高齢者が、夕食に出されたこんにゃくをのどにつまらせ死亡したケースがある

(横浜地判平成12. 6.13、賃金と社会保障1303号60頁)。このケースでは、食材の選択、調理法が適切であったかが争われたが、便通をよくする等の理由によりこんにゃくを食材として提供したこと、小さく切り分ける等、高齢者に提供する食材であることに十分配慮していたこと等に照らし、こんにゃくの選択につき注意義務違反があったとは認められないと判断された。また、当日の夕食がこんにゃく田楽のほかきんぴらごぼう、きゅうりの漬け物など硬い食材を一度に提供したことについて、これらの食材は、すべて通常の家庭料理に一般的に用いられる食材でありその組み合わせも通常の食事において格別不自由な組み合わせではなく、高齢者の特質に応じた調理がされ、高齢者の嗜好に合致していることなどから、入所者の自立を支援する当該施設が右献立を提供したことについて注意義務違反はなかったと判断された。

## ② 誤嚥が生じる原因

誤嚥の予防義務についての注意義務を考察する前に、誤嚥が生じる原因について確認する。

嚥下のメカニズムは次のとおりである<sup>7)</sup>。口に取り込んだ食物は、歯と舌とほほで噛み砕いて、唾液と混ぜられ、咀嚼される。咽頭を通過しやすいよう、食物はひとかたまりにまとめられる。その後咽頭において嚥下反射（ごっくんとのみこむこと）がおき、食物が気道を横切る一瞬、咽頭蓋が気道をふさぎ食物が食道へ送られる。

誤嚥とは、口から取り込まれた食物が、咽頭で誤って気管に入ることである。誤嚥の原因としては、加齢によりのど全体が下降し、引き上げて気道をふさぐのが困難になるためであるといわれる。また、種々の疾患や服用中の薬剤の影響などさまざまな原因が関与しているといわれる。また脳卒中の急性期には約三分の一に摂食・嚥下障害がみられるといわれる。

誤嚥を防止するには、最終的には経管栄養によることになる。しかしながら、介護の現場では、介護の基本原則として、みずからの価値観

や文化背景、生活習慣の中で選択されてきた生活の仕方や方法の尊重、被介護者の残された生理機能を生かした生活の自立性の拡大が挙げられている<sup>8)</sup>。口腔から食物を摂取することの意義は、栄養摂取、エネルギー補給にとどまらず、被介護者の生きる楽しみに直結した行為であるといえる。また、口腔は、呼吸、嚥下、発声という、生命の維持と、人としての尊厳にかかわる重要な機能にかかわっているが、使わないと機能が落ちる廃用萎縮がみられるという<sup>9)</sup>。したがって、被介護者の残存能力を生かして、口腔摂取をおこなうことは、高齢者の生理機能の維持、生活の自立にも大きくかわる。

また、「一般に特別養護老人ホームにおける食事介助で、誤嚥やそれによる肺炎併発の可能性をことさらに強調し、過度の慎重さを求めることは、生活支援に向けての施設側の積極的な取り組みを大きく阻害することになろうし、重症化が進んでいる特養入所者の現状を無視した議論といえよう」という指摘もある<sup>10)</sup>。

たしかに、誤嚥について過度の慎重さを求めることは、究極的には経管栄養による栄養摂取、エネルギー補給に行き着くことになり、被介護者の人間的な生活の保障という点では問題が生じる。しかしながら、誤嚥が最悪の場合には、窒息死、誤嚥性肺炎に至る可能性も考えると、経口摂食については慎重さが求められると思われる。また、誤嚥後の処置に比較して、誤嚥の事前防止策については、以下で述べるとおり、介護者のより専門的な介護技術が発揮される余地がある領域であると思われる。

## ③ 介護教育における誤嚥の予防法

そこで、介護の専門的担い手と想定されているホームヘルパーに対して、現段階でどのような誤嚥を防止するための介護技術が求められているのか、ホームヘルパーのための標準的なテキスト<sup>11)</sup>を参照しながら検討してみることとする。

まず、直接的な食事介助に関しては、次のように記述されている。嚥下困難の症状<sup>12)</sup>にあ

わせて、どのような食材、調理法、介助法をとるべきかまでは、ホームヘルパーの教科書では言及していないが、一般的な誤嚥の予防としては以下のとおりである。

栄養士と相談して飲み込みやすい食品や食事を用意すること。好ましい食品は、①プリン状（プリン、卵豆腐）、②ゼリー状（ゼリー、寒天寄せ）、③マッシュ状（ポテト、カボチャ）、④とろろ状（とろろ芋、生卵）、⑤粥状、⑥ポタージュ類、⑦乳化状（ヨーグルト、牛乳）、⑧ミンチ状など。嚥下困難を誘発しやすいため、注意しなければならない食品は、①スポンジ状（カステラ、凍り豆腐）、②練り製品（かまぼこ類）、③口の中に粘着するもの（ワカメ、ノリ）、④その他（大豆、ゴマ、コンニャク、油あげ）など。介助の要領は、①食事を始める前に手や口腔が清浄か確認する。②落ち着いて楽しい雰囲気ですらに食事に集中できるように環境を整える。リラックスしていると飲み込みもスムーズになる。③本人を30°角度の起坐で、頸部前屈にする。まひ側は枕やクッションを用いて、姿勢の安定を図る。④義歯を入れる（少しでも合わなければはずす）。⑤健側に食物を置き介助する。⑥いきなり食事を始めると、ひと口目でむせてしまうことが多いので、深呼吸、口を動かすなどしてから食べ始める。⑦よくかんで、味わいながら、ゆっくり食べるように本人を励ます。飲み込むときは息を少し止めて、口をしっかりと閉じて飲み込む。ひと口に食べる量は、ティースプーン1杯程度とする（量が少ないと嚥下できずに口腔にたまってしまう）。むせが強い場合は、寄りかかって食べる。このときあごは必ず引いておく。⑧食物や液体を飲み込んだあとは、口腔をチェックし食物が残っているような場合は、空嚥下を2～3回するか少量の水を飲んで、何度か飲み込む。⑨食事時間は30分以上とする。⑩食後の歯みがきやうがいをして、口腔を清浄にする。⑪食後30分以上は坐位にして臥位にさせない。

さらに、同テキストの指導者・講師用マニ

アル<sup>13)</sup>では、嚥下障害の兆候と観察のポイントとして次のことが挙げられている。①むせる（どんなときにむせるか？ 食べはじめ、途中、続けて食べているとき）一気管に入った異物を排除する反射。②水分を避ける（お茶、水などの液体がむせずに飲めるか？）一度々むせる苦しさから、むせやすい水分を避ける。③口やのどに残る感じ—嚥下しきれず残ってしまう。④食事時間の延長—嚥下に時間がかかるようになる。⑤疲れ—飲み込めないと疲れやすく、疲れると嚥下力が低下する。⑥食後に声が変わる—ハスキーながら声になることが多い。⑦咳が出る—気管内異物を排出しようとする反応。⑧食べ物がかぼれる—口腔内でのコントロールが悪くなっている。⑨好みが変わった—飲み込みやすい物を無意識に選んでいる。⑩飲み込むとき上を向く—嚥下障害を自覚し、工夫している。

また、上記学習者用テキストでは、口腔機能低下予防のための方法（発声のうながし、口腔周囲筋の刺激、深呼吸、首のリラクゼーション、嚥下体操、食前・食後の口腔ケア、表情筋の刺激）、指導者用マニュアルでは、ホームヘルパーにできる嚥下機能訓練として、食物を用いない嚥下機能訓練が記載されている。

以上の通りこれらのテキストにみられる、介護職に求められる誤嚥防止法をみると、食事介助中の注意だけではなく、嚥下障害があるかどうか、誤嚥の危険性があるかどうかの見極めが重要なポイントになることがわかる。

#### ④ 本件における誤嚥の危険性

本件に照らしてみると、Aは家族からの事前の聞き取りにより、ショートステイにおいて常食、常菜を摂取していた。本件事故直前のAの食事摂取の状況については、ショートステイの初日から、薬が飲みにくい、食後の痰がらみがひどい状況、2日目の夕食では咀嚼がうまくいかず時間がかかったことが認められている。また、職員間の引継ぎ事項として食事介助のときにむせることと口にためる癖があることが報告

されている。これらの事実から、2日間という短期間にもかかわらず、Aは嚥下障害の顕著な兆候を示していたこと、また、介護職員もそのシグナルをキャッチしていたことが明らかである。加えて、はじめての施設利用であったことは、もともと体力の衰えていたAにさらに疲れと緊張を与えるものであったことが推測できる。現に、Aは事故がおこるまでの施設における2日あまり眠れていなかったことが職員に把握されている。この体力の低下や日常生活の変化も、誤嚥を引き起こす可能性のある要因であったと考えられる。本件の場合、家族からの聞き取りに基づき常食・常菜で食事が提供されていたが、介護職の専門的判断として、Aの施設内での食事摂取、身体状況から食事内容、摂取方法等を変更すべき事例であったと思われる。

## (2) 誤嚥の発見義務

朝食直後のAの急変の原因について、被告側は、ほぼ一対一で食事介護を行っていた中で、目を離した2～3分の間におこった出来事であること、また、急変の直後に職員が口の中に何もいないことを確認していることから、誤嚥による窒息と判断しなかったことにつき過失はないと主張していた<sup>14)</sup>。判決では、Aは、食事の際に、飲み込みが悪く、口にためこんで時間がかかる者であったこと、本件事故が朝食直後に起きていることなどからすれば、Aの異変を発見した際に、真っ先に疑われるのは、誤嚥であったというべきであると説示している。この点について、本件を不顕性誤嚥の事案ととらえ、「ケア業務の中核をなす介護職に対し、たとえばそれが介護福祉士の資格を持つ者であったとしても（もとより介護職が介護福祉士であることは必要条件ではない）、脳梗塞や心筋梗塞などの疾患との区別を見極めた上で、『不顕性誤嚥』を疑うこと、その上でそれに対する適切な処置を行うこと、を可能にするだけの医学的教育がそもそもなされていない」という批判があ

る<sup>15)</sup>。

原告側の証人となった医師は、前述のように、8時23分に職員が薬をのませた直後に食物がのどに詰まり、8時25分ころまで職員がその場を離れている間、のどにむせている状態を見逃したと推論している。この推論は、判決では触れられていないが、施設における職員配置基準が誤嚥の発見を左右するという、誤嚥の発見義務についての重要な論点を示唆するものであると思われる。

被告となった施設の職員配置は、平成7年当時、国の最低基準が居住者4.1人あたり直接処遇職員1人であるのに対して、居住者2.5人あたり直接処遇職員1人であり、国の最低基準と比較すれば、充実していたと認定されている。事故当日の総利用者数は不明であるが、被告施設の入所定員はショートステイをあわせて74名であった。

事故当日の朝食時間の勤務状況は、夜勤者3名、早番1名が通常であったが、たまたま早めに出勤していた職員1名が8時過ぎから食事介助に加わっている。Aが朝食をとっていたフロアでは、35名の入所者に対し、2名の職員が食事介助にあたっていた。被告側の資料によれば、35名のうち25名が車イス利用者、15名が食事の際に何らかの介助を必要とする者であった。事実認定によれば朝食途中に職員が居住者を起こしに行っていることから、常時35名が朝食をとっていたのではないようであるが、食事介助と見守りの必要がある者15名を含む35名に対し、職員が2名という態勢でAの急変の発見が可能であったか疑問である。また、嚥下障害の判断のためには、介護者による食事時の観察が重要であることはすでに述べたが、ましてや国の基準のような低い基準の職員配置では十分な観察が困難であることは想像に難くない。ちなみに介護保険施行後の国の職員配置基準は、利用者3人あたり直接処遇職員1人以上となり、以前の基準より引き上げられているが、24時間にわたってこの基準である必要はなく、

頭数さえそろえれば最低限の常勤を配置し、残りはパートでもかまわないとされ、利用者に対するケアが十分なものとなるかについて疑問が出されている<sup>16)</sup>。

食事介助における誤嚥の防止、発見のためには、国の職員配置基準の充実化を求めることは当然のことであるが、施設側にも、現在いる人員の中で、介護事故防止のための適切な職員配置義務が存在すると考えられる。日勤者ばかりに配置が偏り、食事介助の必要な朝や夕方に職員体制が極端に手薄になっている場合や、職員の能力・経験を考慮しない配置などが行われる場合は、介護事故の蓋然性が高くなるであろう。

### (3) 誤嚥後の対処義務

本件における誤嚥後の対処義務については、そもそも本件が誤嚥による窒息死なのか、また、本件は職員が誤嚥かどうかの判断が可能なケースであったのについて争いがあったことは前述した通りである。判決は誤嚥であることを前提に、事故後の対処義務について判断をしている。誤嚥後の対処について判決では、施設側はAの異変を発見した際に、誤嚥を予想した措置をとることなく、吸引機を取りに行くこともせず、救急車を呼ぶことも事件発生後の15分後であったとし、適切な処置を怠った過失を認定した。

医師法17条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と述べ、医師が「医業」を独占することを規定している。「医業」とは、「医行為を業として行うこと」であり、また、「医行為」とは「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼす虞のある行為」であり、「業」とは「反復継続の意思をもって行うこと」であると一般に解されている<sup>17)</sup>。この規定に基づき、本件で示された誤嚥の対処義務につき、「……吸引器の使用（しかもすでに器官内に誤嚥物が入っている場合における使用）は、疑いなく医療行為の一

環であり（医師法17条）、看護婦（保健婦助産婦看護婦法5条、37条など）等ならともかく、介護職が行うことが当然許容されるわけではない」との批判がある。また、控訴審段階での被告側最終準備書面によれば、裁判所が示した誤嚥に対する措置として背中を叩くなどの行為も気道の確保という第1次救命措置であり、これも本来ならば医療行為であり介護職が当然行わなければならない措置とはいえないと反論している。

介護職員が医療行為を行うことについて、「社会福祉士及び介護福祉士法」の立法趣旨から、「介護福祉士は『福祉の分野』の専門職として位置づけられており、医療行為を行うことは予定されていない。したがってこれを行うことを前提とした教育も受けていないのである。……（ホームヘルパーはもちろんのこと）介護福祉士が医行為を業として行えば、医師法または保健婦助産婦看護婦法に違反すると考えなければならない」とする説がある<sup>18)</sup>。

私見でも、医師法および保健師助産師看護師法の解釈上、誤嚥の医学的対処義務を介護職員に求めることは、医行為を業として求めることになり医師法または保健師助産師看護師法に違反することになると解される<sup>19)</sup>。したがって、誤嚥の医学的対処措置は、損害賠償を根拠付ける過失の前提となる介護職員の職務にはあたらないと考えられる。

以上のように医師法または保健師助産師看護師法の解釈上、介護職員に職務上、誤嚥後の第1次救命措置を義務付けることは困難であると思われるが、その一方で、特別養護老人ホームにおける誤嚥による窒息がおきる危険は、利用者の特性から必然であり、誤嚥後の第1次救命措置が「業」として行われるべきであることは当然である。それにもかかわらず、誤嚥に対する医学的処置が可能である医師や、一定の条件の下で医療行為を行うことが可能となる看護職は、法制度上24時間の配置が求められてはいないのが現状である。医療と福祉の守備範囲の見



直し、また、現実を見据えた医療と福祉の連携が必要であると考えられる。

注

- 1) 本件は控訴審段階で1,800万円の和解金の支払いで終了している。一審の判例評釈として、菊池馨実「食事介助と特養ホームでの死亡事故」賃金と社会保障, 1284号, 40頁。
- 2) 菊池馨実「介護におけるリスクマネジメント—そのあり方と政策的課題—」賃金と社会保障, 1319号, 28頁。
- 3) 菊池前掲2), 29頁。
- 4) 「特別養護老人ホーム緑陽苑事件 一審判決の関連資料 資料1 ショートステイ死亡事故判決について」賃金と社会保障, 1284号, 48頁。
- 5) 「介護事故の裁判記録 食事介護中の突発的死亡事故をどうみるか 医師市瀬裕一氏の証言」賃金と社会保障, 1307号, 16頁。
- 6) 「介護事故の裁判記録 食事介護中の突発的死亡事故をどうみるか 医師・高橋泰氏の証言」賃金と社会保障, 1307号, 28頁。
- 7) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編『ホームヘルパー養成研修テキスト1級課程第4巻』52頁, 長寿社会開発センター (2002年)。
- 8) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編『ホームヘルパー養成研修テキスト2級課程第2巻』244頁, 長寿社会開発センター (2002年)。
- 9) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編『ホームヘルパー養成研修テキスト1級課程第4巻』54頁, 長寿社会開発センター (2002年)。
- 10) 菊池前掲1), 40頁。
- 11) 前掲7)。
- 12) 例えば、竹内孝仁『介護基礎学』69頁, 医歯薬出版株式会社 (1998年) によれば、食べ物でむせる場合には、歯や歯ぐきに問題がある場合、口の中で小さな食塊形成を行っていく過程に問題がある場合、嚥下反射に問題がある場合の3つの場合があるという。歯や歯ぐきに問題がある人には、やわらかい食べ物やきざみ食にする、食塊にすることに問題がある人には、一口大の食べ物とかとりみのある食べ物で、小さな塊で奥に行きやすいもの、固形物で嚥下反射に問題がある人には、とりみのある食べ物がよいとされている。
- 13) ホームヘルパー養成研修実技指導マニュアル編集委員会編『新版 ホームヘルパー養成研修実技指導マニュアル』375頁, 長寿社会開発センター (2002年)。
- 14) 前掲4), 48頁。
- 15) 菊池前掲1), 40頁。
- 16) 伊藤周平『介護保険を問い直す』185頁, ちくま新書 (2001年)。
- 17) 平林勝政「医療・看護・介護の役割分担と連携」日本学術会議社会法学研究連絡委員会編『高齢社会と介護システム』41頁, 尚学社 (1997年)。
- 18) 平林前掲17), 50頁。
- 19) 平林前掲17), 50頁。ただし、平林は、患者の生命、身体に差し迫った危険が現に存在し、他にとるべき方法がないような「緊急避難」的状况が存するときには、例外的に、介護福祉士等の介護職にある者が医療行為をおこなっても、その医師法または保健婦助産婦看護婦法上の違法性が阻却されることがあるとする。